



Comisión de Empleo de Virginia
Fecha de entrada en vigencia: 10/01/2021

Renuncia al Derecho a los Servicios Gratuitos de Interpretación/Traducción

Todos los clientes con Dominio Limitado del Inglés (LEP, por sus siglas en inglés) deben ser informados de su derecho a recibir asistencia lingüística gratuita, incluidos los servicios de interpretación y traducción de documentos. Este formulario puede conservarse en los registros del cliente para referencia futura. El personal del Estado nunca debe alentar, sugerir o exigir a un cliente con Dominio Limitado del Inglés (LEP) que use amistades o familiares como intérpretes. En ningún momento se puede utilizar una persona de 18 años de edad o menos para proporcionar servicios de interpretación, excepto en una emergencia.

Utilice **ESTE FORMULARIO** si el cliente no necesita asistencia lingüística porque trae su propio intérprete o considera que no lo necesita. Consulte las Directrices de Asistencia Lingüística si desea utilizar los servicios de asistencia lingüística.

Yo, _____ (Nombre del Cliente) he sido informado/a de mi derecho a recibir servicios de interpretación gratuitos de _____ (Nombre de la Agencia). Entiendo que tengo derecho a estos servicios sin costo alguno para mí o para otros familiares. Elijo proporcionar mi propio intérprete en este momento. _____ (Nombre de la Persona que Actúa como Intérprete) actuará como mi intérprete des del _____ (Fecha de Inicio) hasta _____ (Fecha de Finalización). Entiendo que puedo retirar esta renuncia en cualquier momento y solicitar los servicios de un intérprete, que será proporcionado por esta oficina. Según mi leal saber y entender, la persona que elijo para que actúe como mi propio intérprete no tiene 18 años de edad o menos. También entiendo que esta renuncia se refiere únicamente a los servicios de interpretación y no le da derecho a mi intérprete a actuar como mi Representante Autorizado.

Este formulario fue traducido oralmente para mí por el/la intérprete que se indica a continuación:

| | |
|------------------------------------|-------|
| Firma | Fecha |
| Nombre del Intérprete (mayúsculas) | |
| Firma del Intérprete | Fecha |
| Firma del Funcionario | Fecha |

Este formulario debe rellenarse y proporcionarse a la Coordinación de Acceso Lingüístico en un plazo de 30 días después del uso de los servicios de asistencia lingüística.

Enviar por correo o internamente a:
Virginia Employment Commission
Attn: Language Access Coordinator
P. O. Box 26441, Suite 404
Richmond, Virginia 23261-6441

"La Comisión de Empleo de Virginia es un empleador/programa de igualdad de oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles a solicitud para personas con discapacidades. Servicios Relay de Virginia al 711."